

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

536
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Fryda CONU

Née le 14 Mai 1899, à Galatz (Roumanie)

Contribution

à l'Etude de la

Pneumonie abortive et à répétition

Président: M. GILBERT, professeur

PARIS

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine, 15

1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Fzyda CONU

Née le 14 Mai 1899, à Galatz (Roumanie)

Contribution

à l'Etude de la

Pneumonie abortive et à répétition

Président: M. GILBERT, professeur

PARIS

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine, 15

1926

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHEL.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANCON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	{ GILBERT.
	{ CHAUFFARD.
	{ ACHARD.
	{ WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ABRAMI Pathologie médicale
 ALGRAVE .. Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN .. Pathologie médicale
 BASSET Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN .. Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHE-
 TIERE Chimie biologique.
 BRANCA Histologie.
 BRULE Pathologie médicale
 BUSQUET .. Pharmacologie et
 matière médicale.
 CADENAT... Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale
 CLERC Pathologie médicale
 DEBRE Hygiène.
 I. DE JONC .. Anatomie pathologique.
 DUVOIR Médecine légale.
 ECALLE Obstétrique.
 FIESSINGER Pathologie médic.
 FOIX Pathologie médicale
 GARNIER .. Pathologie expérimentale.
 HARVIER... Pathologie médicale
 HEITS-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 JOYEUX ... Parasitologie.

MM.

LABBE Henri Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER.. Obstétrique.
 LEMAITRE . Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE .. Pathologie médicale
 LEVY SOLAL Obstétrique.
 LHERMITTE Pathologie médicale
 LIAN Pathologie médicale
 MATHIEU... Pathologie chirurgicale.
 METZGER .. Obstétrique.
 MOCQUOT .. Pathologie chirurgicale.
 MONDOR ... Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 PHILIBERT Bactériologie.
 RIBIERRE .. Pathologie médicale
 RICHET Fils.. Physiologie.
 ROUVIERE .. Anatomie.
 TANON Pathologie médicale
 TIFFENEAU Pharmacologie et
 matière médicale
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VERNE Histologie
 VILLARET .. Pathologie médicale
 WELTER ... Ophtalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des-examens

HM.

CAMUS..... Physiologie.
 GOUGEROT.. Pathologie médicale
 GUENIOT ... Obstétrique

MM.

RETTNERER . Histologie.
 ROUSSY Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DU COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.			MM.		
AUVRAY.....	Clinique	chirurgi-	LERI	Clinique	médicale.
	cale.		LÉPER	Clinique	médicale.
CHEVASSU..	Clinique	chirurgi-	PROUST	Clinique	chirurgi-
	cale.			cale.	
LAIGNEL-LA			RATHERY ..	Clinique	médicale.
VASTINE ..	Clinique	médicale	SCHWARTZ .	Clinique	chirurgi-
LEREBOUL-				cale.	
LET	Clinique	médicale			
	infantile.				

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé . { Chargé du cours de chirurgie orthopédi-
que chez l'adulte pour les accidentés
du travail, les mutilés de guerre et les
infirmes adultes.

FREY Stomatologie.
CHAILLAY BFRT.... Education physique.
LEDOUX-LEBARD .. Radiologie clinique.

*Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opi-
nions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

*Faible témoignage de ma
reconnaissance et de mon
affection filiale.*

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur GILBERT

*Qui a bien voulu me faire
l'honneur de présider cette thèse
en témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

*Qu'ils me permettent de leur
exprimer ici ma gratitude.*

Monsieur le Professeur ROGER

doyen de la faculté de
médecine.

Monsieur le Professeur VIDAL

— HARTMAN

— BRINDEAU

— GUILLAIN

— LEGUEU

— SEBILEAU

— CLAUDE

— VAQUEZ

Monsieur OKGUEZIE professeur agrégé

Monsieur PARMANTIER médecin de l'hôpital
Hôtel-Dieu

Monsieur TRIMOLIEVS médecin des Hôpitaux

Monsieur COLOMBIER radiologiste de l'Hôpital
Hôtel-Dieu

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA
PNEUMONIE
ABORTIVE ET A RÉPÉTITION

INTRODUCTION

En terminant nos études, nous adressons un souvenir ému et nos affectueux remerciements, aux maîtres qui nous ont dirigé dans nos études.

Ils nous ont enseigné la finesse de la science médicale française; nous avons pu voir combien y est développé l'esprit clinique, supérieur à celui de tous les autres peuples.

C'est dans un de nos stages cliniques, que nous avons puisé le sujet de notre thèse.

Nous remercions notre maître, Monsieur le professeur Gilbert, dont l'enseignement nous a été si utile dans toutes nos études médicales. C'est dans son service que nous avons pu suivre un malade qui a été l'objet de notre thèse. Nous remercions aussi Monsieur le docteur Paul Blum, chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu qui a bien voulu nous guider de ses bons conseils.

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de forme abortive, au cours d'une pneumonie à répétition, nous avons entrepris de reprendre au point de vue clinique la question de la pneumonie à répétition, surtout dans ses formes abortives, distinctes au point de vue symptomatique et évolutif de la forme classique.

CHAPITRE PREMIER

DEFINITION

Pneumonie Abortive

On désigne sous le nom de pneumonie abortive, les cas, où la maladie s'arrête brusquement et évolue dans un temps plus court que la durée normale. La pneumonie abortive est caractérisée par sa courte durée; sa défervescence se faisant avant le 5^e jour.

Pneumonie à rechute

G. Sée dans sa médecine clinique de 1885, dit qu'il y a une rechute de pneumonie lorsqu'elle se produit pendant la convalescence, à une période où celle-ci n'est pas encore achevée.

Lépine donne la définition suivante : « Pour qu'on puisse dire qu'il y a rechute et non aggravation de la maladie, il faut que la défervescence se soit produite depuis un laps de temps, tel qu'on puisse exclure à coup sûr une pseudo crise.

Il faut de plus, que les signes d'auscultation prouvent que la résolution avait réellement commencée.

Barthez et Saune dans le traité clinique et Pratique des maladies des Enfants disent : « Lorsque la

pneumonie est terminée après la guérison, ou pendant la convalescence, une rechute peut avoir lieu, soit au niveau du lobe déjà atteint, soit dans l'autre poumon, sans aucune cause apparente. La rechute peut être bénigne, ou emporter le malade; on observe ce fait le plus souvent chez les enfants, qui présentent après un ou plusieurs jours d'apyrèxie, une réascension de la température, en même temps que les signes d'hépatisation apparaissent.

Pneumonies récidivantes

Les sujets, qui ont fait une pneumonie sont disposés à en faire d'autres.

La maladie apparaît après un intervalle de santé parfaite, qui peut aller de plusieurs mois, à plusieurs années. Les récidives sont assez nombreuses, pour donner à cette forme de maladie, le nom *de pneumonie à répétition*. Il y a des enfants, qui en font tous les ans, jusqu'à un certain âge, cette variété est peu grave. On a tendance à confondre la pneumonie à rechute, avec la pneumonie récidivante ou à répétition. On en voit surtout chez les Allemands, où le mot rechute n'existe pas et l'on dit toujours récidive, en comprenant la rechute française; Ex. Vagner — die recidivirende pneumonie, (Deutches. Archiv. f. Klm. Méd).

D'autres parlent d'une récidive, soit qu'elle survienne chez un pneumonique convalescent, soit qu'elle survienne quelques mois ou quelques années

après la première affection. Ex. Landshurgen (Uber pneumonie recidive. Dessert-Devlm 1887). Les auteurs français reconnaissent que les rechutes *sont très rares*, par rapport aux récidives qui au contraire *sont assez fréquentes*.

Briguet, dans Archiv gén. de méd., dit avoir observé une fois sur cinq des cas de pneumonie abortive;

Grisolle cite un cas ou il a observé 28 fois des récidives, Ruche 16 fois, Chaumel 10 fois. La proportion de Briguet est énorme, et celle de Grisolle-Ruche etc, est invraisemblable; ils ont dû mettre sur le compte de rechutes ou récidives tout ce qui peut être confondu avec ses affections; une pseudo-crise, une pneumonie abortive, une pleurésie méta-pneumonique.

HISTORIQUE

La pneumonie est une maladie infectieuse due au pneumocoque de Talamon Frenkel, à évolution cyclique et qui entraîne dans l'organisme la formation d'anticorps sans conférer d'immunité ni locale ni générale. Elle est très souvent l'objet de récides.

Ces récides revêtent-elles la forme normale ou sont-elles généralement abortives?

Nous avons repris de ce point de vue l'étude de la pneumonie,

La pneumonie abortive comme la pneumonie récidive, sont des formes très fréquentes, dont un grand nombre de cas ne sont pas publiés à cause de leur bénignité habituelle.

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de pneumonie abortive au cours d'une pneumonie à répétition, nous avons repris l'étude clinique de la pneumonie abortive et à répétition.

En 1836 Grisolle et plus tard Andral fait une étude importante sur les pneumonies abortives, puis Marrotte en 1855 dans son travail sur la fièvre synoque pneumonique, parle de la nature infectieuse de la pneumonie abortive, en niant l'influence du froid. Charcot en 1865 pour la première fois propose à la

société Méd. des Hôp. l'expression de pneumonie Abortive. A ce propos nous croyons qu'il est intéressant de rapporter ici ses paroles : « La dénomination d'abortive, dit-il, donnée par moi à une certaine forme de pneumonies de vieillards, s'applique à ces affections thoraciques qui se développent à l'époque où les pneumonies reviennent communes, se manifestent avec tous les caractères propres à la phlegmasie pulmonaire — frisson, point de côté, herpès, fièvre, toux, expectoration rouillée, souffle tubaire, puis cessent brusquement vers le 2-3 jours (Thèse de Martin).

Puis les études de Letulle en 1866, les travaux de Bernheim et Parisot, de Ruche, Brouardel et Gilbert, Landousy, Hallopeau marquent les grandes étapes de l'histoire des diverses formes de pneumonie. A partir de ce moment les observations se multiplient, les travaux abondent et diverses formes de pneumonie sont décrites.

CHAPITRE TROISIÈME

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

La pneumonie est déterminée par la pénétration dans l'organisme du pneumocoque et par sa localisation au niveau du poumon. L'infection se fait soit par auto-infection, soit par hétéro-infection ou par contagion. Elle survient à tout âge, sans différence de sexe; mais, elle est plus fréquente chez les adultes et les vieillards. Les alcooliques, les diabétiques, les cachectiques lui paient un lourd tribut.

Ce serait une question de terrain?

Briguet et Grisolle désignent surtout les pneumonies du sommet, comme étant celles. où les récidives sont plus fréquemment observées.

Pour Briguet elles seraient surtout de nature bacillaire. En effet on les observe très souvent chez les tuberculeux où elles évoluent parfois normalement, mais assez souvent elles produisent une aggravation des lésions tuberculeuses (Grancher et Hutinel) et à l'autopsie on trouve en même temps que l'hépatisation pulmonaire l'existence d'une granulie.

Il faut faire de grandes réserves dans ces cas, et ne pas conclure que les pneumonies à répétition sont dues à la tuberculose, comme le dit Briquet. Au contraire, Grisolle dit n'avoir jamais constaté chez ses

malades de signes de tuberculose. Netter et plus tard Valagussa, expliquent la récurrence par la persistance du pneumocoque virulent dans les voies respiratoires supérieures et dans les ganglions lymphatiques péribronchiales. La présence du pneumocoque dans les crachats, où il conserve très longtemps sa virulence, ainsi que dans la salive des sujets en bonne santé constatée par Netter, Bezançon et Griffon, Valagussa, explique la pathogénie de la pneumonie à répétition par le microbisme latent. Les infections antérieures, constituent une des nombreuses occasions de moindre résistance, grâce auxquelles le pneumocoque chez un sujet déjà prédisposé, se développe facilement, acquiert de la virulence et détermine des formes de pneumonies récidivantes.

Valagussa explique la pneumonie à rechutes et récurrence par la réceptivité du sujet, réceptivité due à la faible résistance de l'épithélium bucal et pharyngolaryngien et par le passage du pneumocoque dans les lymphatiques péribronchiaux, d'où leurs invasions dans le parenchyme pulmonaire.

CHAPITRE QUATRIÈME

ETUDE CLINIQUE

Comment se présente en clinique une pneumonie abortive et à répétition.

On sait que la pneumonie commune est rarement précédée de prodromes. Elle débute brusquement, frappant brutalement un sujet en pleine santé. Les pneumonies récidivantes ont-elles un début analogue?

Wunderlich distingue deux modes d'invasion pour la pneumonie abortive.

I. — Un frisson avec une température de 40° qui revient à la normale au bout du deuxième jour.

II. — La température monte lentement et c'est vers le troisième jour qu'elle atteint 40° pour redescendre ensuite.

Quelque fois c'est le frisson unique, ou le point de côté qui ouvre la scène, quelque fois le frisson peut manquer; surtout chez les vieillards, c'est la fièvre seule qui attire l'attention vers le poumon et fait découvrir les signes d'une pneumonie.

Comment se passent les choses dans une pneumonie à récédive?

Une pneumonie lobaire franche suit son cours. La résolution se fait normalement et au bout de quelques jours le malade reste apyrétique. Il se remet à man-

ger, commence à se lever, il est en convalescence et bientôt guéri il quitte l'hôpital.

Tout à coup, vers le 15-20^e jour il est pris d'un nouveau frisson, le point de côté apparaît, la température monte et avec elle l'herpès, la dyspnée, la toux, les crachats rouillés, en un mot tous les signes d'une pneumonie.

Elle évolue plus rapidement que la première fois car soit le lendemain, soit au bout du 3^e jour, la température doit descendre, la défervescence se faire, et le malade est guéri.

Il existe aussi des formes où la température monte progressivement et où, un seul de ces symptômes soit la fièvre, soit le point de côté, soit le frisson, attire l'attention sur le poumon. Quelque fois aussi, le malade se plaint seulement de fatigue, d'anoréxie ou de céphalgie intense.

EVOLUTION

L'affection une fois déclarée, la température s'élève rapidement jusqu'à 40° avec légère rémission matinale, et se termine avec une brusquerie presque égale à celle de l'ascension initiale. L'Etat général est mauvais, surtout dans les rechutes. La langue est sèche; l'anoréxie est complète; la face est vultueuse. La *constipation* opiniâtre, le délire nocturne peut manquer ainsi que l'*herpès* qui peut apparaître au moment de la crise comme le montre Grisolle et Marotte.

Le pouls suit une marche parallèle à la température.

La dyspnée est très marquée mais le malade n'en a pas conscience. (Laennec Andral). Les mouvements respiratoires sont accélérés passant de 16, chiffre normal à 30-40 et plus par minute.

La toux lorsqu'elle existe est sèche, brève, très douloureuse jusqu'au moment où le malade arrive à expectorer, alors elle devient plus facile et persiste quelques jours après la défervescence.

Les crachats sont alors visqueux, adhérents puis deviennent rouillés ou couleur jus d'abricots et persistent après la chute de la température. On y trouve toujours le pneumocoque de Fränkel.

Signes physiques. — La matité, l'exagération des vibrations vocales, les râles crépitants, le souffle tubaire, sont les signes qui permettent d'affirmer la pneumonie.

La percussion du thorax montre de la matité ou submatité au niveau du point où siège le foyer pneumonique.

La palpation fait percevoir de l'augmentation des vibrations vocales. A l'auscultation on entend des râles crépitants et au bout de 24-36 heures apparaît le souffle tubaire qui existe avec les râles, puis se substitue complètement à eux.

La bronchophonie se montre dans quelques cas.

A la *radioscopie* on constate une ombre remplaçant la transparence habituelle du tissu pulmonaire, cette

ombre a la forme d'un triangle à base axillaire le sommet dirigé vers le hile. Tous ces symptômes persistent pendant quelques jours, et la maladie se termine aussi brusquement qu'elle a débuté, au milieu des phénomènes qui constituent la crise.

La veille de la crise on assiste à une recrudescence des symptômes. La dépression est considérable; mais la défervescence se fait dans la nuit et la température tombe à 37°. Cette chute s'accompagne de sueurs abondantes avec émissions d'une grande quantité d'urines claires très riches en chlorures.

L'état général est bon.

Le sommeil revient, l'appétit renaît également. La toux est plus rare, et les crachats sont muqueux gris jaunâtre.

Les signes physiques persistent encore quelques jours pour disparaître complètement. La crise correspond à une imunisation de l'organisme, aussi voyons-nous les pneumonies dont la crise se fait nettement être suivies de *récidives plus rarement* que les *pneumonies à crise avortée*. En même temps les lésions locales cessent de s'accroître, le pneumocoque pouvant avoir perdu au moins momentanément de sa virulence.

La durée n'est pas constante.

La défervescence se fait au bout de quelques jours. Grisolle cite un cas de rechutes successives chacune des crises n'ayant duré pas plus de 4 à 5 jours. Dans les pneumonies abortives l'évolution dure moins de

5 jours comme le montre Wunderlich.

La terminaison est en général brusque et rapide; la convalescence est courte et chez les jeunes sujets la guérison est la règle.

La mort est le fait d'une complication.

CHAPITRE CINQUIÈME

PRONOSTIC

La pneumonie à répétition est une affection bénigne et qui se termine toujours favorablement.

Les conditions qui aggravent une pneumonie à répétition tiennent à l'âge, au terrain, et aussi dans certains cas à une virulence particulière du germe et au nombre de récurrences.

Chez l'enfant et l'adolescent le pronostic est toujours favorable.

Chez l'adulte exempt de tares, le pronostic est encore bon.

Il s'aggrave pour les vieillards, chez qui elle constitue une cause fréquente de mort.

En général, il faut être réservé pour le pronostic de la pneumonie à répétition, même si la défervescence est faite, car après quelques jours d'apyrexie la fièvre peut apparaître et avec elle tous les signes d'une autre pneumonie.

CHAPITRE SIXIÈME

DIAGNOSTIC

L'évolution de la pneumonie à répétition n'est pas toujours classique, elle peut présenter des formes atypiques et alors le diagnostic devient assez difficile.

On peut facilement confondre une récurrence avec une autre forme de pneumonie, la *pneumonie migratrice*.

Cette pneumonie étudiée par Homburger, évolue par foyers successifs et envahit une grande partie du poumon.

Il ne s'agit pas de noyaux d'hépatisation disséminés comme dans la broncho-pneumonie mais d'une évolution graduelle de la lésion qui s'étale sous forme de foyers de dimensions variables.

Chaque foyer présente le tableau d'une pneumonie, avec râles, souffle, etc... Cette forme à tendance à s'étendre, c'est pourquoi Trousseau l'appelle « pneumonie érysipelo-phlegmoneuse » en la comparant à l'érysipèle. Les auteurs allemands avec Küssmaul identifient ces deux maladies et forment la pneumonie érysipélateuse ayant le streptocoque comme agent probable, puisqu'ils ont trouvé plusieurs cas de pneumonie accompagnés d'érysipèle. La pneumonie migratrice dure 15-18 jours. Dans les

pneumonies à répétition il y a un intervalle d'apyrexie, pendant lequel le poumon est en voie de résolution, tandis que dans la pneumonie migratrice, la fièvre est continue avec quelques rémissions. La température de 38° remonte après quelques heures à 40° et à l'auscultation on trouve un autre foyer. Après 2 ou 3 jours, la défervescence se produit, ou au contraire, une rémission de la température à 38° est suivie d'une nouvelle ascension à 39° 5, et un autre foyer d'auscultation apparaît.

Après plusieurs rémissions et ascensions de la fièvre la défervescence se produit et le malade est guéri. On confond toujours une pneumonie à rechute avec une pneumonie migratrice.

Une *pseudo-crise* de pneumonie peut être prise aussi pour une rechute ou une forme abortive de la pneumonie.

La pseudo-crise précède de quelques jours la crise de la pneumonie, et en prenant leur fausse défervescence pour une véritable, on confond ainsi une évolution anormale de la maladie avec une pneumonie abortive. On sait que dans une pseudo-crise, la fièvre ne dure pas plus de 36 heures, alors que dans une pneumonie abortive tous les autres signes disparaissent avec la température, ici au contraire, la fièvre descend, mais les autres signes non seulement ne diminuent pas mais s'accroissent progressivement.

Le diagnostic de la pneumonie à répétition peut être à faire avec d'autres localisations pneumococ-

ciques. Si la récurrence s'annonce avec frisson, point de côté, fièvre, toux, il est facile; mais s'il y a seulement de la fièvre on peut penser à une complication extrapulmonaire, du côté du cœur, où à une infection articulaire, où à une méningite etc. Quelques fois on peut penser à une pleurésie métapneumonique, surtout si le foyer est très haut placé et si la ponction exploratrice est impossible.

L'emphysème pulmonaire peut aussi être cause d'erreurs de diagnostic, malgré les signes classiques d'une pneumonie et malgré les nouvelles poussées de température trop brusque pour une pleurésie métapneumonique.

La congestion simple dont l'erreur diagnostique sera évitée grâce au caractère mucopurulent de l'expectoration.

Les poussées aiguës de dilatation bronchique chez un scléreux peuvent égarer le diagnostic qui sera vite écarté après un examen attentif surtout physique et par les signes de bronchite concomitante avec une expectoration fétide très abondante.

CHAPITRE SEPTIÈME

TRAITEMENT

Le traitement idéal de ces diverses formes de pneumonies devrait avoir pour but principal, d'agir sur le microbe et les toxines qu'il secrète soit directement, soit en provoquant des réactions organiques défensives, capables de produire ce résultat.

Nous n'insistons pas sur le traitement symptomatique.

La sérothérapie donne de très bons résultats.

L'injection de sérum antipneumococcique à dose faible, 10 c. c. sans produire de choc appréciable amène rapidement une amélioration considérable, bientôt suivie de guérison.

Cependant dans les formes graves, la sérothérapie améliore l'état général; mais la guérison se fait avec quelque peine.

Quelques fois les pneumonies à répétition sont dues à des pneumocoques différents, alors la sérothérapie ne pourra agir que lorsqu'on emploiera du sérum mixte, ou du sérum spécifique du pneumococque en cause afin de frapper à coup sûr.

La vaccinothérapie avec un vaccin polyvalent produit une chute de la température survenant 20-30 heures après l'infection.

Prophylaxie. — La pneumonie est contagieuse dans nombre de cas.

Les pneumoniques conservant longtemps dans leur cavité buccale des pneumocoques virulents, il sera utile après la terminaison de la maladie de continuer à pratiquer l'antisepsie des voies respiratoires.

La vaccinothérapie préventive à été utilisée et a donné de très bons résultats.

I OBSERVATION PERSONNELLE

Service prof. GILBERT

Le malade entre à l'hôpital le 15 mars 1926 sur les conseils de son médecin qui avait diagnostiqué une pneumonie.

Le début de l'affection remonte en réalité au mois d'octobre 1925.

A cette époque le malade fut atteint d'une congestion de la base du poumon gauche qui a duré 15 jours.

Il a pu reprendre son travail, mais ressentait fréquemment un point de côté à gauche. Il n'a jamais été complètement guéri. La fatigue le forçait à s'aliter le soir aussitôt rentré chez lui. En somme du 18 octobre 1925 au 24 mars 1926 l'état général fut toujours mauvais.

Du 2 novembre à la fin de décembre, il est atteint d'une nouvelle congestion pulmonaire avec pleurésie.

Le 2 Janvier il reprend son travail, mais le 2 mars à 9 heures du matin il est pris brusquement d'un violent point de côté à gauche, avec sensation de froid et malaise général. Il continue à travailler.

Le soir il s'alite.

Il a une grande fièvre avec délire. Le point de côté s'atténue avec des ventouses. Il a de légères hémoptysies qui ne sont calmées que le lendemain par absorption d'ipéca; il reprend un peu l'appétit; la température reste au-dessus de 37° 5; l'état général s'améliore, mais il est toujours fatigué.

Dans la nuit du 14 Mai au 15 Mai, le malade est pris brusquement de nausées, claquements de dents, sensation de froid intense et frisson qui dure 3 heures. Puis sueurs profuses, et apparition de crachats rouillés. La température est à 39° 7. Sur les conseils de son médecin il entre à l'hôpital

le 15 Mars. Le 16 mars, on est en présence d'un malade fatigué, asthénisé, qui ressent un point de côté à gauche s'exaspérant fortement dans les grandes inspirations, et l'empêchant de se coucher du côté gauche.

La température est à 38° 6, le pouls à 100 bien frappé.

Les crachats sont rouillés, épais, légèrement visqueux.

On est frappé en arrivant près de son lit, par son teint subictérique.

Les urines en quantité normale sont très foncées.

Elles ne contiennent ni sucre, ni albumine, mais la réaction de Gmelin est positive. Le foie dépasse de deux travers de doigt le rebord inférieur.

La rate n'est pas perceptible.

L'examen physique de l'appareil respiratoire montre :

A droite, un poumon normal.

A gauche, le sommet respire bien.

Vers la pointe de l'omoplate on entend un souffle inspiratoire et expiratoire à caractère tubaire, avec à la partie inférieure de la région où on entend ce souffle, quelques râles sous crépitants.

Pas de pectorilloguiaphon.

Pas de bronchophonie.

La base du poumon gauche est mate avec abolition des vibrations vocales.

Les bruits du cœur sont un peu sourds.

Tension artérielle M. 15 1/2 mm. 7.

Tube digestif. La langue est sale. Bon appétit. Pas de constipation.

Le 16 au soir la température est montée à 39° 6.

Le 17 matin la température est à 37° 2.

Les signes pulmonaires ont diminué.

Les urines deviennent plus abondantes très foncées.

Le 20 mars le malade est guéri.

II OBSERVATION

Récidive de la p. du sommet droit.

MANZINGARBE. Thèse de Paris 1908

Résumé

Il s'agit d'un malade âgé de 40 ans entré dans le service le 18 Février 1906, pour une pneumonie lobaire franche aigue du sommet droit. L'évolution s'était faite normalement et le malade peut partir en convalescence le 28 Février. Il revient dans le service le 19 Mars avec une récidive de sa pneumonie du sommet droit. Il est actuellement au 6^e jour de cette nouvelle pneumonie. La dyspnée est très marquée. Violente douleur thoracique à droite un peu au-dessous de l'aisselle.

L'auscultation fait entendre un souffle tubaire dans l'aisselle, avec autour une couronne de râles crépitants, éclatants par bouffées pendant la plus grande partie de l'inspiration. En auscultant la fosse susépineuse on perçoit un souffle caverneux se propageant jusqu'au niveau de la base médiane interscapulaire.

On perçoit en même temps au niveau du sommet droit des gargouillements et à la base quelques râles sous crépitants.

Les crachats sont rouillés.

Les autres organes paraissent sains.

La défervescence survient le 19 Mars, c'est-à-dire le 11 jour de la maladie; mais 5 jours après le souffle persiste et l'on perçoit encore des râles crépitants dans l'aisselle. Les gargouillements ont disparu mais il reste des signes de congestion.

III OBSERVATION

Pneumonie récidive

LEGENDRE, Bul. ser. Méd. Hôpitaux 1905

X....., 27 ans ouvrier électricien.

Pas d'antécédent héréditaires ni personnels.

Sans cause apparente nette; est pris brusquement d'un malaise général avec étourdissement, bourdonnements d'oreille et frisson. Continue sa journée de travail, passe une nuit tranquille; le lendemain il essaye de travailler, mais trop affaibli il est obligé de s'aliter. 24 heures après le premier malaise, apparaît un point de côté thoracique gauche. S'accroît avec les mouvements respiratoires et s'accompagne de dyspnée. 36 heures après, la toux apparaît d'abord sèche puis suivie d'une expectoration visqueuse et adhérente, progressivement teintée depuis la couleur rouille jusqu'à celle d'un jus d'abricot. La fièvre est apparue en même temps que le point de côté.

Entre à l'hôpital avec 40° de fièvre, faciès pneumonique, pommette gauche plus rouge que la droite. Dyspnée.

Les signes physiques sont normaux du côté droit. A gauche on constate une matité au niveau du lobe inférieur; des vibrations vocales exagérées, un souffle tubaire, des râles crépitants et de la bronchophonie.

L'évolution est régulière.

La défervescence se fait au 7^e jour, mais le même jour, un autre foyer avec souffle tubaire et râles crépitants apparaît au niveau du poumon droit.

La toux qui était rare avec expectoration mucopurulente devient bientôt une toux fréquente, pénible avec crachats rouillés.

Les urines, après être restées pendant 3 jours à 3 litres, descendent à 1.500 gr. par 24 heures. Pas d'albumine ni de sucre.

La température de 36° 8 remonte à 37° 2 et se maintient à 37° 4.

Le souffle et les râles s'atténuent.

Vers le 10^e jour une nouvelle crise urinaire se produit.

Les signes physiques disparaissent complètement. Le malade entre en convalescence et guérit.

IV OBSERVATION

Pneumonie récidivante

ANTONY. Soc. Méd. des Hôp. 1905

X....., 27 ans, garde républicain.

Le 21 Mai au matin il éprouve une sensation de froid. Le soir est pris de malaise général avec inapétence lassitude et faiblesse. Le teint devient pâle, les pommettes rouges, apparaît un point de côté avec hépatisation marquée caractérisée par matité, persistance des vibrations, râles sous crépitants surtout à la région postérieure; des râles crépitants se perçoivent dans les deux poumons. L'expectoration est rare, muqueuse peu adhérente.

Les urines sont normales.

Du 21 au 25 Mai. Rejet de crachats rouillés avec pneumocoques.

Léger épistaxis, râles souscrépitan, en arrière à droite et respiration soufflante. La matité remonte jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

Le 26 Mai. Pour la première fois on constate en avant, dans la région sus-hépatique un souffle pneumonique nettement associé avec des râles crépitants, alors qu'en arrière les râles sont devenus plus gros et humides.

29 Mai. Chute de la température à 37° 5, le pouls est à 90 et la respiration à 36.

Le malade a rendu 2 litres d'urines; il est très déprimé. La température redescend normalement, mais le malade reste fatigué, déprimé. Le souffle a disparu, mais la submatité persiste.

Du 30 mai au 5 Juin la convalescence suit une marche lente, le malade boit, s'alimente, mais reste toujours affaibli.

Le 6 Juin au soir le malade est repris de malaise et point de côté dans la région mamélonaire gauche. L'espace de Traube est mat et l'auscultation y révèle la présence d'un foyer pneumonique avec râles crépitants fins.

La respiration est rude. On n'entend pas de souffle net.

La température reste pendant quelques jours au-dessus de 37° 5; puis décroît progressivement et redevient normale à la suite d'une crise de polyurie. Pendant 3 jours le malade rejette 2.500 grammes d'urine par 24 heures.

A ce moment la convalescence un moment interrompue, reprend une marche normale, mais l'hépatisation de la base droite ne se dissipe que lentement et ce n'est qu'après 3 semaines de séjour à l'hôpital que le malade peut quitter le service.

V OBSERVATION

Un cas de pneumonie lobaire, récidivant à longs intervalles.

Considération sur le microbisme latent

T. VALAGUSSA, 1904

X....., 20 mois.

Allaitement maternel.

A 4 mois fait une bronchite.

A 8 mois un abcès rétropharyngien.

Le 5 Janvier 1909 l'enfant est pris subitement de fièvre; respiration plaintive avec matité à la base du poulmon gau-

che et souffle bronchique. La température se maintient entre 39°-40° pendant 5 jours; puis la fièvre tombe brusquement; des râles catarrhaux se montrent et la respiration devient normale. Après 3 jours d'apyrexie, la température monte à 39° 3; on voit reparaître la respiration plantive et la diminution du bruit respiratoire à la base du poumon gauche ainsi que le souffle bronchial. Cet état dure 6 jours, mais à la fin du quatrième jour, la matité pulmonaire augmente et la respiration devient irrégulière et superficielle.

Pensant à une pleurésie méta-pneumonique, on pratique une ponction exploratrice qui ne donne pas de liquide, mais quelques gouttes de sang.

On fait des cultures sur agar-agar et on trouve le diplocoque de Frankel.

A la suite de cette récurrence l'état général de l'enfant est bon jusqu'au mois de mai, alors l'enfant est atteint d'une indigestion avec dyspepsie intestinale opiniâtre.

Pendant ce temps l'enfant fut pris de nouveau de fièvre, et l'on voit réapparaître tous les symptômes d'une pneumonie lobaire qui arrive à résolution complète au bout de 4 jours. A la fin du mois de Juin, de nouveaux troubles intestinaux apparaissent, qui durent environ une semaine, à la fin de laquelle avec une nouvelle attaque fébrile se montre encore un foyer de pneumonie qui envahit le lobe inférieur et le lobe supérieur droit.

Le lobe moyen est respecté.

On pratique une deuxième ponction exploratrice; on fait une culture sur agar-sang et on isole de nouveau le diplocoque de Frankel. Au mois de Juillet, après une nouvelle crise intestinale, l'enfant est repris de forte fièvre, et on constate un nouveau foyer de pneumonie lobaire gauche qui comme la précédente se termine par une résolution rapide.

Au mois d'Octobre, nouvelle reprise de fièvre avec tous les signes de la pneumonie et qui dura 5 jours.

L'examen bactériologique décèle toujours le diplocoque de Fränkel.

VI OBSERVATION

Pneumonie récidivante

Docteur KAMINSKY, Thèse 1899

X....., 43 ans. Terrassier.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Bien portant mais avoue l'éthylisme.

Le 25 Avril il est pris brusquement d'un point de côté gauche antérieur, avec dyspnée et fusion avec claquement des dents.

Rentré chez lui il s'alite; le frisson continue.

Le lendemain la toux apparaît.

Entre à l'hôpital le 1^{er} Mai.

Le 2 Mai la face est vultueuse, les pommettes rouges vésicules d'herpès aux lèvres et aux narines.

A l'examen physique on constate le poumon droit normal. Poumon gauche. Avant sous la clavicule matité. L'auscultation fait entendre des râles crépitants fins et un souffle tubaire se propageant vers l'aiselle. Bronchophonie. La respiration est à 28, le pouls à 98, irrégulier. Les crachats adhérents, couleur jus d'abricots.

Le cœur est normal; les urines sont peu abondantes foncées avec albumine.

On porte le diagnostic de pneumonie du sommet gauche au septième jour chez un éthylique.

Le 3 Mai. Mêmes signes. La face est moins rouge, la respiration plus libre, les crachats fluides mucopurulents.

Le 4 Mai le souffle diminue. Les râles deviennent plus gros et humides, la température est basse.

Le 6 Mai, la défervescence se poursuit. A l'auscultation on perçoit des râles de retour, la matité a disparu.

Du 6 au 9 Mai on n'entend plus de souffle. Au sommet et dans l'aiselle quelques râles de retour.

Le 9 Mai au soir, la fièvre reparait, sans frisson ni toux.

L'état général est bon.

Au niveau de l'ancien foyer pneumonique on constate le 10 Mai de la matité et quelques râles crépitants.

Le 11 Mai pas de souffle tubaire, les crachats ne changent pas. On diagnostique alors rechute de pneumonie.

Du 15 au 25 Mai on constate toujours les mêmes signes; matité, souffle, râles crépitants. La température présente de grandes oscillations; on pense à un emphysème; mais la reprise trop rapide de la fièvre et les signes de la pneumonie ne sont pas en faveur d'une complication pleurale. On ne fait pas de ponction exploratrice à cause du foyer élevé.

Les crachats deviennent visqueux. On pense à une nouvelle rechute.

Le 26 Mai la pneumonie fait sa défervescence.

On constate une diminution de souffle et de la matité. Les râles de retour se font entendre.

Le malade reste apyrétique, reprend son appétit.

L'état général est bon. Le malade sort guéri de l'hôpital.

VII OBSERVATION

Pneumonie à récédive

Prof. CHAUFFARD. Presse Méd. 1899.

X....., 35 ans.

Pas d'antécédents héréditaires. 1888 ictère infectieux bénin
Ethylisme.

Le 20 Novembre 1898, dans la soirée est pris d'un frisson. Le lendemain apparaît un point de côté avec dyspnée et forte fièvre. Le malade est obligé de s'aliter.

Le 23 Novembre entre à l'hôpital.

A son entrée on pose le diagnostic de pneumonie de la base du poumon droit au quatrième jour.

A l'auscultation on entend des râles crépitants sans souffle tubaire.

Les crachats sont rosés, visqueux. Néphrite aiguë.

Le 25 Novembre mêmes signes pulmonaires.

Le 28 Novembre le 8^e jour de la maladie, on entend des râles fins à la base du poumon droit, souffle tubaire inspiratoire à la partie inférieure du poumon.

Le 9 Décembre défervescence. Les jours suivants le malade reste apyrétique.

On constate des râles sous crépitants dans le 1/3 inférieur du poumon; le souffle tubaire persiste. Il rejette 2 litres d'urines par 24 heures.

Cinq jours après cette défervescence la fièvre réapparaît et monte à 40°, sans frisson ni point de côté.

Pas de dyspnée ni d'expectoration.

On pense à une rechute.

Localement on constate des râles fins de retour. La pneumonie gagne le lobe moyen et va jusqu'à la partie inférieure du lobe supérieur droit. Dans la fosse sous épineuse apparaissent des râles crépitants et le souffle tubaire. Sauf dans l'aiselle l'hépatisation suit une marche progressive ascendante. La défervescence s'annonce car on est arrivé à la fin du premier septenaire et le bloc pneumonique semble se liquéfier; des râles de retour apparaissent.

Le septième jour de la rechute, le malade succombe.

Autopsie. La portion inférieure du poumon droit est ratatinée avec quelques fausses membranes à sa surface.

L'hépatisation occupe toute la portion postérieure, externe

du poumon. A la coupe on trouve du pus. Un fragment du parenchyme pulmonaire plonge dans l'eau.

VIII OBSERVATION

Pneumonie du lobe inférieur gauche. Durée 2 jours

Thèse de MARTIN 1889

X....., 62 ans.

Tempérament bilioso-sanguin. Bonne constitution.

Le 9 Mai 1886 est pris d'une bronchite avec toux pénible sans expectoration.

Fièvre rémittente; pas d'oppression ni de malaise notable. Continue à vaquer à ses occupations.

Dans la nuit du 16 il ressent un violent point de côté à gauche s'accompagnant d'une dyspnée intense.

Le 17 Mai, matin est à 39° 4 et le pouls est à 110.

La face est vultueuse, congestionnée.

A l'examen on constate du côté gauche une submatité de toute la base du poumon, remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate; râles crépitants très nets avec souffle tubaire. Bronchophonie. Gros râles sonores disséminés dans l'étendue des deux poumons.

L'expectoration est pénible. Les crachats sont rouillés, visqueux, adhérents au crachoir.

L'état général mauvais. Prostration.

Le soir la dyspnée est moindre, l'expectoration plus abondante.

Même symptômes physiques.

Température 40° 2. Pouls 110.

Le 18 Mai au matin, la température est à 39°. Pouls à 110.

L'expectoration devient facile.

Mêmes signes physiques.

Le 19 Mai au matin, la température est à 37°, le pouls à 80.

A l'examen on constate toujours une submatité au niveau de la base gauche. Le souffle tubaire est moins prononcé. L'on constate alors des râles crépitants de retour. Les crachats sont moins visqueux et peu colorés. Plus de prostration.

Le 20 Mai la défervescence suit son cours. On n'entend plus de souffle, mais seulement quelques râles souscrépitaux.

Le malade reprend son appétit; se lève le 22 Mai.

Il quitte l'hôpital guéri.

IX OBSERVATION

Pneumonie abortive gauche. Durée 2 jours.

BERNHEIM ET PARISOT. Revue Méd. de l'Est 1889

Thèse de Martin

X..., 60 ans, terrassier entre à l'hôpital le 21 Juillet.

Pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels on note en 1866 une pleuropneumonie compliquée d'ictère. Depuis la respiration est courte et l'expectoration fréquente.

Le 20 Juillet 1880 à 8 heures du matin, le malade est pris de frissons qui durent toute la journée; néanmoins il continue son travail, ne prenant pour toute nourriture qu'une tasse de bouillon. Le soir il ressent un point douloureux à la partie inférieure de l'aisselle gauche, et dans la nuit, il éprouve un malaise général avec sensation de chaleur accompagnée de soif vive et forte diarrhée.

Le 21 Juillet au soir, jour de son entrée à l'hôpital, la température est à 39° 2, le pouls à 100, la respiration de 28.

Examen. — Constitution moyenne. Thorax plus bombé à

droite. A l'auscultation on constate en avant une respiration moins ample et moins nette sous la clavicule droite. L'inspiration est rude surtout à droite.

En arrière la respiration est faible, des deux côtés surtout au niveau des fausses sous et sus épineuse gauche.

Submatité dans le 8^e espace intercostal gauche. Sonorité à droite.

A droite, respiration rude au sommet, diminuée à la base.

A gauche, la respiration est normale au sommet. Râles tracho-bronchiques à l'angle de l'omoplate. Dans la région interscapulaire respiration légèrement soufflante sans râles.

A la base, respiration obscure. A l'aisselle respiration normale.

L'expectoration qui n'existe que depuis quelques jours ressemble à une solution de gomme.

Bruits du cœur faibles.

Foie normal.

La nuit a été bonne. La douleur a presque disparue.

Le 22 Juillet, les signes physiques deviennent moins nets, la température est le matin à 38° et le soir à 37° 5.

Le 25 Juillet le malade est complètement guéri et sort de l'hôpital.

CONCLUSIONS

Il est fréquent de voir au cours de la pneumonie franche lobaire aiguë, survenir des récidives où des rechutes.

I. — On entend par rechute, la reprise des symptômes d'une pneumonie pendant la convalescence, au contraire la récidive apparaît après un intervalle de santé parfaite.

II. — Récidive ou rechute, constituent ce qu'on appelle une pneumonie à répétition.

III. — Ces pneumonies s'observent à tous les âges et d'une façon égale dans les deux sexes.

IV. — L'évolution de ces pneumonies à répétition est plus rapide que celle d'une pneumonie normale. La pneumonie abortive faisant sa défervescence avant le cinquième jour.

V. — Elles sont d'un bon pronostic et se terminent habituellement par la guérison.

VI. — Reconnaisent pour cause une réinfection du sujet, qui semble reconnaître à l'origine, une sensibilisation par une première atteinte du pneumocoque.

VII. — Cette sensibilisation paraît surtout locale, si bien que, presque toujours la pneumonie à répétition

tition frappe non seulement le même poumon, mais voir même, le même lobe; cependant ce n'est pas là une règle absolue formelle; certaines pneumonies à répétition touchent l'autre poumon, où peuvent se développer successivement sur l'un et sur l'autre poumon.

Vu le doyen,

ROGER

Vu le Président de la Thèse,

GILBERT

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

- GRISOLLE. — Résumé de 50 obs. de pn. Journ. hebd. de progr. de sc. et inst. méd. 1836.
- ANDRAL. — 1840. Clinique Méd. Malad. de poitrine.
- G. SÉE. — Méd. clin. pneumonie à rechute 1855.
- MAROTTE. — Archives générales de Méd. 1855.
- BERGERON. — Thèse de Paris 1868. Recherche sur la pneumonie des vieillards.
- JACCOUD. — Clin. Petié 1888. Pneumonie à reprise non nmpaludique.
- LEUBE. — Pneumonie éphémère d. le Berliner Klinische Vochenschrift 1871.
- WUNDERLISCH. — De la temp. dans les maladies. Trad. Laborde-Lapopse 1872.
- BERNHEIM. — De la pneumonie à répétition. Soc. Méd. Nancy 1877.
- BERNHEIM PARISOT. — De la pneumonie abortive. Revue Méd. de l'Est Nancy 1889.
- CHARCOT. — Bul. soc. Méd. Hôp. Paris 1865.
- CHAUFFARD. — Pneumonie franche à rechute. Presse Méd. Paris 1855.
- HOMBURGER. — Dissert. Strasbourg 1897. Untersuchungen über die croupveser pneumonie.
- MARTIN. — Thèse de Nancy 1898. Pneumonie abortive.
- VAN DER VELDE. — Pneumonie franche à rechute. Belgique Méd. Gaand-Haarlem 1899.
- KAMINSKY. — Thèse de Paris 1899. Pneumonie à rechute.

HALLOPEAU. — Rechute de pneumonie. Bul. soc. Méd. Hôp. 1901.

VALAGUSSA. — Un cas de pneumonie lob.-récidivante à longs intervalles. Consid. sur ce microb. latent. Revue Mens. des Mal. de l'enfant, Paris 1904.

LEPINE ET FROMONT. — 4 pneumonies chez le même sujet dans l'espace d'un an. Revue Méd. de Paris 1906.

BARTH CH. — Uber récidive bei croupoeser pneumonie Leipzig 1904.

ANTONY. — Pneumonie récidivante. Soc. Méd. des Hôp. Paris 1905.

DUCATILLON. — De la spléno-pneumonie à forme prolongée. Lille 1908.

LAUGOUX ET BRUNEL. — P. récidive chez l'enfant. M. Méd. 1909.

N. G. MAZINGARBE. — Thèse 1908. Quelques variétés cliniques rare de la pneumonie.

M. S. SAGUÉPÉE. — Soc. Méd. Hôpit. Paris 1921. Sur une rechute de pneumonie. Observ. relat. à la sérothérapie.

GRIFFON. — Pn. à récidive, Paris 1905. Bul. et mem. soc. méd. des Hôpitaux.
